Bayerischer Verfassungsgerichtshof
Prielmayerstraße 5
80335 München

Vorab per Telefax: 089 / 5597-3986

25.08.2020

Popularklage

und Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung

In Sachen

Daniela Prousa, XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Antragstellerin

wegen Aspekten der 6. BayIfSMV

Beantragen ich, dass die § 1 Abs. 2, § 4 Abs. 1, § 6 S. 1 Nr. 3, § 8 S. 1, S. 2 und S. 3, § 11 Abs. 3 S. 1 Nr. 2, § 12 Abs. 1 S. 1 Nr. 3, § 12 Abs. 1 S. 2, § 12 Abs. 3 S. 2, § 13 Abs. 4 S. 2, § 14 Abs. 1 S. 1 Nr. 3, § 14 a Nr. 3, § 18 S. 2, § 21 Abs. 2 S. 1 Nr. 3 und Nr. 4, § 22 Nr. 4 6. BayIfSMV für verfassungswidrig erklärt werden.

Ferner beantrage ich, § 1 Abs. 2, § 4 Abs. 1, § 6 S. 1 Nr. 3, § 8 S. 1, S. 2 und S. 3, § 11 Abs. 3 S. 1 Nr. 2, § 12 Abs. 1 S. 1 Nr. 3, § 12 Abs. 1 S. 2, § 12 Abs. 3 S. 2, § 13 Abs. 4 S. 2, § 14 Abs. 1 S. 1 Nr. 3, § 14 a Nr. 3, § 18 S. 2, § 21 Abs. 2 S. 1 Nr. 3 und Nr. 4, § 22 Nr. 4 6. BayIfSMV vorläufig außer Vollzug zu setzen.

Vorbemerkung: Diese Klage und Anträge erfolgen aus dem tiefen Wunsch nach Aufrechterhaltung unseres Menschenbildes (der Mensch als primär sozioemotionales Wesen und nicht etwa als potenzieller Virusträger), dieser Liebe zu unserem Leben, aus tiefer menschlicher Überzeugung, und aus einem recht klaren Blick für die evidenzbasierte und eben fehlend evidenzbasierte Corona-Datenlage.

Begründung

1. Die Antragstellerin wendet sich mit ihrer Popularklage gegen Aspekte der Sechsten Bayerischen Infektionsschutzmaßnahmenverordnung (6. BayIfSMV) vom 19. Juni 2020 (BayMBl. Nr. 348, BayRS 2126-1-10-G), die zuletzt durch § 1 der Verordnung vom 14.

August 2020 (BayMBl. Nr. 463) geändert worden ist. Gegenstand des Verfahrens ist die Feststellung, dass insbesondere die Verpflichtung, eine Mund-Nasen-Bedeckung zu tragen (Maskenpflicht), verfassungswidrig ist, zuallermindest für die Bereiche Lebensmittelgeschäfte und ÖPNV – für erwachsene Personen und umso mehr für Kinder und Jugendliche in der Entwicklung.

Die vorgenannte Verordnung ist am 22.6.2020 in Kraft getreten und tritt mit Ablauf des 2.9.2020 außer Kraft.

2. Die Antragstellerin Diplom Psychologin hat bereits eine umfangreiche Studie zum Thema Maskenpflicht erstellt.
Diese Studie ist, wie auch die bekannte COSMO-Studie der Universität Erfurt in Zusammenarbeit mit RKI, BZgA et. al., bereits im hochwertigen psychologischen Pre-print-Archiv „psychArchives" des Leibniz Zentrums (ZIPD) veröffentlicht.

Glaubhaftmachung:
Studie vom 20.7.2020: https://dx.doi.org/10.23668/psycharchives.3135

Es handelt sich hierbei um die – soweit ersichtlich – erste und einzige Studie, die sich mit den Belastungen, Beschwerden und bereits eingetretene Folgeschäden durch die aktuellen Mund-Nasenschutz-Verordnungen hierzulande auf hinreichender Grundlage intensiv und differenziert auseinandersetzt.

Die Methodik und das Ergebnis der Studie lauten wie folgt:
2.1. Es handelt sich hier um eine populationsbeschreibende Untersuchung, bei der auf der Datenbasis einer großen Stichprobe Auskunft über Ausprägung und Verteilung von Merkmalen in der Grundgesamtheit gegeben werden kann (relativ „enge" / relativ genaue Parameter Schätzungen, begründet durch insbesondere die „erwartungstreuen Schätzer" Prozentanteile und Mittelwerte (und ferner auch korrelative Zusammenhänge), sowie begründet durch die Berechnung von Konfidenzintervallen).

Als Grundgesamtheit wurde definiert: Die sich mit den aktuellen Mund-Nasen-Schutz Verordnungen psychisch (auch: psychosozial) und psychovegetativ nennenswert belastet erlebenden Menschen in Deutschland (für die definitiv eine Forschungslücke gesehen wurde). Dieser Anteil macht an der Gesamtbevölkerung in Deutschland, bei übervorsichtiger Kalkulation, rund 10% aus, also mehr als 8 Millionen Menschen, bei klarer Anlehnung an Daten aus der COSMO-Studie sogar rund 20%, also mehr als 16Millionen Menschen, vgl.

Diskussionsteil der Studie. Die Zahlen sind demnach weit davon entfernt, Einzelfälle zu sein.

Schwerpunkt der Datenerhebung war Bayern (gut ¼ der Studienteilnehmer); die diesen Schwerpunkt ergänzende deutschlandweite Teilnahme spiegelt das Einwohnerverhältnis der anderen Bundesländer weitgehend annähernd repräsentativ wider (vgl. Anhang 2, Abb. 1 und 2 sowie Anhang 1, Anmerkung 2). Auch die Altersverteilung erreicht ausreichend annähernde Repräsentativität, bei Schwerpunkt auf Erwachsenen (vgl. Anhang 2, Abb. 3 und 4), ebenso die Geschlechterverteilung (vgl. Anhang 2, Abb. 11).

Die für die statistische Auswertung verwendete Stichprobe hat die beachtliche Größe von 1.010.
Der Erhebungszeitraum war vom 01.06.2020 bis 16.06.2020 und musste aufgrund überwältigender Teilnahme-Resonanz zwei Tage vor dem eigentlich angedachten 18.06.2020 beendet werden.

Erhebungsinstrument war der von der Untersucherin vorab konzipierte „Fragebogen zu psychologischen und psychovegetativen Beschwerden durch die aktuellen Mund-NasenschutzVerordnungen (FPPBM)“, der in 35 Items neben vorgegebenen Antwortmöglichkeiten (dichotom: „ja / „nein“; 3-, 5- und 11-stufige Ratingskalen) an mehreren Stellen auch den Freiraum für ganz eigenständige, an zwei Stellen sogar für „kreative“ Beantwortungen lässt, um möglichst neue Erkenntnisse über das wirkliche subjektive Erleben der Betroffenen zu gewinnen (vgl. Fragebogen selbst im Anhang 3 der Studie).

Der umfangreiche Fragebogen war online (auf wordpress und eclipso) zum Herunterladen, Ausfüllen und Einsenden per Mail verfügbar und bedeutete damit für interessierte Studienteilnehmer einen recht hohen Aufwand, der die Untersuchung zum einen gegen missbräuchliche Mehrfach-Teilnahme absicherte (dies zudem durch die Regel der nur einmaligen Verwendung einer E-Mail-Absender-Adresse) und zum andren sicherstellte, dass wirklich die nennenswert belastete Zielgruppe erreicht wurde (die aufgrund ihrer bedeutsamen Belastung eine entsprechende Motivation zur Leistung dieses hohen Aufwandes aufbringt). Publik gemacht wurde der Fragebogen vorwiegend in den sozialen Netzwerken (insbes. Facebook, Twitter), wobei darauf geachtet wurde, dass er sowohl einschlägige Gruppen erreichte („gegen die Maskenpflicht“) als auch viele völlig themenneutrale Gruppen („Apothekenumschau 50+“; „Mamas in Bayern“; Einzelhandelsforen, Gastronomieforen). Einige Menschen ohne ausgeprägte Internet-Aktivitäten wurden zumindest in Bayern potenziell dadurch erreicht, dass der Fragebogen auch ausgelegt wurde am Rande einer kleineren Grundrechts-Demonstration einer

Kleinstadt, die direkt neben einer offiziellen Gegendemonstration stattfand, an einem auch von Passanten frequentierten Platz im Stadtkern (Mitnahme-Möglichkeit für alle diese Gruppe gleichermaßen). Weitere wichtige Teilnahmevoraussetzung war das fehlende Vorliegen eines ärztlichen Attests zur Vollbefreiung von der „Maskenpflicht“ sowie keine bestehende Diagnose für eine allgemein anerkannte Vollbefreiung (z. B. COPD).

Etwa 7% der bis zum vorgezogenen Erhebungsschluss eingesandten Fragebögen wurden wegen Ungültigkeit nicht in die Auswertung einbezogen, einbezogen wurden 1.010 Bögen (Ungültigkeit durch vereinzelt Teilnahmen aus dem benachbarten Ausland, in drei Fällen Mehrfacheinsendung des exakt gleich ausgefüllten Bogens, vereinzelt Teilnahmen trotz vollständig genutzter Vollbefreiung, Bögen mit zu vielen „Missing Values“, versehentlich leer eingesandte Bögen).

Der Kode-Plan für die statistische Auswertung war bis auf die beiden Fragen mit den „KreativAntworten“ (Fragen 28 und 29) vorher festgelegt (bzgl. der Fragen 28 und 29 siehe Anhang 1, Anm. 4 der Studie) und ergibt sich explizit oder implizit aus den Abbildungen (Werten und Wertelabels, Abbildungs-Beschriftungen) zu den erfassten Merkmalen im Anhang 2. Es wurden mit den 35 Items insgesamt 51 Merkmale erhoben (vgl. Anhang 2, in Kombination mit Anhang 3, auch bzgl. der Operationalisierungen der ersichtlichen latenten Konstrukte).

Die Realibilität (Mehr-Item-Maß Crombachs Alpha) beträgt für die themenspezifischen, bzgl. der Skalierung grob vergleichbaren und als inhaltlich zusammenhängend erachteten Items aus dem zentralen Fragebogen-Teil B mit den Nr. 15, 18, 21 (in Nr. 21 Anzahl der psychovegetativen Symptome) sowie alle Unter-Items der Item- Nr. 26 (insgesamt 11 Items) = 0,77 (also rund 0,80) und genügt damit den klassischen Anforderungen an ausreichende Güte der Reliabilität.

Neben der logisch-inhaltlichen Konstruktvalidierung der Fragbogen-Items bei deren Konstruktion vorab lässt sich zur vorliegenden Konstruktvalidität sagen: Die ganz überwiegend sehr aussagekräftigen Testwerte (vgl. das Kap. „Ergebnisse“ in der Studie) bestätigen die mit den Items zu Grunde gelegten Konstrukte sowie das zentrale Hauptkonstrukt der „psychischen Belastung mit den MNS-Verordnungen“ sehr gut; die Antworten aus den „Kreativ-Items“ (Nr. 28, 29) belegen letzteres besonders valide. Dezente Einschränkungen bilden nur zwei Items, Nr. 26 und 34, die deshalb in dieser Arbeit korrekterweise eine Nachrangstellung bekamen, das letztgenannte am meisten.

S. 6 f. der Studie

2.2 Die Studie hat gezeigt, dass ca. 60%, der sich deutlich mit den Verordnungen belastet erlebenden Menschen schon jetzt schwere (psychosoziale) Folgen erlebt, wie eine stark reduzierte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft aufgrund von aversionsbedingtem MNS-Vermeidungsbestreben, sozialen Rückzug, herabgesetzte gesundheitliche Selbstfürsorge (bis hin zur Vermeidung von Arztterminen) oder die Verstärkung vorbestandener gesundheitlicher Probleme (posttraumatische Belastungsstörungen, Herpes, Migräne). Im Einzelnen handelt es sich bei den schweren Folgen um:

- deutlich reduzierte soziale Teilhabe an der Gesellschaft durch bewusste aversionsbedingte Vermeidung von Orten mit Maskenpflicht wie Kultureinrichtungen, Gottesdienste, Restaurantbesuche, Einkäufe vor Ort bzw. im Inland, Nutzung des ÖPNV, Tierarztbesuche oder gar weitgehende Vermeidung des Verlassens des Hauses

- MNS-bedingte soziale Distanzierung über das offiziell gebotene Maß hinaus / deutliche Reduzierung oder gar Vermeidung sozialer Kontakte bis hin zu erlebter Isolation, wiederkehrende Streitigkeiten / soziale Spannungen, soziale Ächtung und Ausgrenzung oder eigene Aggressivität im Rahmen der MNS Verordnungen),

- deutliche Einschränkung in der gesundheitlichen Selbstfürsorge (bewusste MNS-bedingte Vermeidung von Arztbesuchen, Physiotherapieterminen oder den gewohnten regelmäßigen Einkäufen von frischem Obst und Gemüse / Ernährungsumstellung auf Tiefkühl- oder Dosenkost oder auf Online-Handel auch von Lebensmitteln)

- MNS-bedingte Krankschreibungen, Verstärkung der Symptome vorbestandener gesundheitlicher Probleme (z. B. Posttraumatische Belastungsstörungen mit Panikzuständen und nun Alpträumen von „Maskenmenschen“; MNS-assoziierte, starke Migräne-Anfallhäufung)

- andere schwerwiegende Veränderung der Lebensgewohnheiten (in einem Fall bereits glaubhaft erfolgte MNS-bedingte Auswanderung; in einem anderen Fall Verlust des Ausbildungsplatzes im Zshg. mit der MNS-Pflicht).

S. 19 der Studie sowie exemplarische Beispiele aus Original-Antworten der Studienteilnehmer ab S. 90 in Anhang 4 der Studie

Die konkretere Bezifferung der Größenordnung dieser schon jetzt an diesen schweren Folgen leidenden Bürger bei Hochrechnung auf die Gesamtbevölkerung beträgt Millionen *(vgl. Diskussionsteil der Studie, in dem auch die COSMO-Studie von Uni Erfurt, RKI, BZgA et. al. herangezogen wird), um es hier so genau wie möglich zu beziffern: zwischen rund 5 Millionen bei übervorsichtiger Annahme und rund 10 Millionen Menschen bei starker Anlehnung an die im o. g. Diskussionsteil dargelegten Daten aus der COSMO-Studie.*

2. 3 Weitere wesentliche Ergebnisse der Studie sind:

- Das Stresserleben mit MNS bahnt, so wird hier belegt, über aggressive Reaktionen (sowie ferner über depressive Reaktionen) und damit verbundene psychovegetative Reaktionen (erhöhter Herzschlag, Muskelanspannungen, „Stressatmung" etc.), biopsychologisch hochplausibel, *belastende Nachwirkungen*. Dies ist hochbedeutsam, da es von sehr regelmäßig erlebten, sich chronifizierenden Nachwirkungen, vor allem wenn diese schwererer Natur sind, nur kurzer Weg zu regelrechten schweren psychosozialen und gesundheitlichen Folgen ist.

- Bereits jetzt erleben ca. 28% der sich mit den aktuellen MNS-Verordnungen nennenswert belastet erlebten Menschen in Deutschland *schwere* Nachwirkungen nach dem Tragen des MNS, weitere ca. 15% erleiden *mehrere* Nachwirkungen; nur weniger als die Hälfte (ca. 43%) erfahren *keine* Nachwirkungen.

Besonders hingewiesen sei hiermit auch auf die psychosozial und gesundheitlich hoch relevanten Nachwirkungen Aggressivität und Depressivität.

Mehrfach wurde von Studienteilnehmern klar Suizidalität benannt, gut belegt als Folge (auch) von diesen MNS-Verordnungen.

- Während des MNS-Tragens erlebt ca. die Hälfte dieser Population mindestens des Öfteren sieben oder mehr (!) psychovegetative Stressreaktionen: Ca. 53% sind dies.

Diese hohe Anzahl an körperlich spürbaren Stressreaktionen stellt bei regelmäßiger oder gar regelmäßig langer Betroffenheit das wissenschaftlich gut belegte Risiko einer Chronifizierung bzw. Entwicklung von Folgeschäden dar.

Ca. 91% der Population erleben beim Tragen des MNS mindestens des Öfteren regelrechte psychovegetative Reaktionen aus dem Bereich „Atmung“, gefolgt von ca. 69% somatischen Missempfindungen, ca. 68% geistiger/körperlicher Ermüdung, ca. 66% Herz-Kreislauf-Reaktionen, ca. 62% psychischen/gedanklichen Stresssymptomen und ca. 41% Kopfschmerzen.

- Die durch die Mund-Nasenschutz-Verordnungen deutlich Belasteten erfüllen besonders häufig die Kriterien für Hochsensibilität / Hochsensitivität (ca. 52%). Die durchschnittlich besonders häufig hochsensiblen MNS-Verordnungs-Belasteten werden durch die aktuelle MNS-Pflicht und ggf. dessen Rahmenbedingungen regelmäßig bis fast permanent (man beachte auch die Nachwirkungen des MNS, siehe weiter unten) über ihr konstitutionelles Limit „gereizt“*.* Diese Durchbrechung ihrer Toleranzschwelle ist in multipler Hinsicht gut erklärbar: Hochsensible reagieren im Durchschnitt stärker und emotionaler auf äußere Reize, auch auf die Gefühlsausdrücke anderer Menschen, haben ein höheres Stressempfinden, haben auch eine gesteigerte ästhetische Empfindsamkeit, eine niedrigere sensorische Wahrnehmungsschwelle und eine leichtere Erregbarkeit (vgl. z. B. Werner, 1999; Gerstenberg, 2012; Jagiellowicz et. al, 2011; Aron et. al.,2005).
Für sie besteht damit ein besonderer Leidensdruck und ein besonderes Risiko für Spätfolgen und es wäre ethisch unvertretbar, sie mit dem zumeist trivialisierenden und damit potenziell dehumanisierenden, saloppen Begriff „Masken-Verweigerer“ zu betiteln und sich nicht weiter um ihre besondere Vulnerabilität zu kümmern.

In der Population „bahnt“ der Stress beim Tragen eines MNS, über das beeinträchtigte Selbst- und Körpererleben, z. T. ein depressives Selbsterleben.

- Es würden sich die allermeisten Menschen dieser Grundgesamtheit durch MNS-Verzicht gegen diese Verordnung wehren, würden sei keine so deutlichen Nachteile erleiden (ca. 94,5%; Nachteile z. B. in Form drohender Ordnungsstrafe, Verweis aus Geschäften).

Die Population leidet unter der erlebten „Endlosigkeit“ der Maßnahme. (Das Wort „Endlosigkeit“ fiel auch immer wieder in den freien Antwortmöglichkeiten zu Frage 29 (vgl. Studien-Anhang 2, Abb. 95 mit Untertext; außerdem bejahen auf die Frage, wann ihr Stresserleben wohl geringer wäre, ca. 75%: „Wenn ich wüsste, dass die MNS-Pflicht zu einem klaren, baldigen Zeitpunkt endet.“ Unter den drei Antwortoptionen (mit Mehrfachauswahl) wurde diese am häufigsten bejaht (vgl. Studien-Anhang 2, Abb. 68, 69, im Vergleich dazu die vier nachfolgende Abb.).
Dies ist sehr plausibel in Anbetracht des auch vom Deutschen Ethikrat in seiner Ad-hoc-

Stellungnahme zu den Corona-Maßnahmen im März 2020 benannten kritischen zeitlichen Faktors (die Akzeptabilität in der Bevölkerung sei u. a. abhängig vom Verhältnismäßigkeitsprinzip der Maßnahmen unter Einbezug der „Zeitdimension“; vgl. S. 5 in der im Literaturverzeichnis der Studie angegebenen Quelle).

- In den Belasteten rufen die aktuellen MNS-Verordnungen weit überwiegend starke negative Assoziationen hervor: Zwang, Repression, Willkür, Unverhältnismäßigkeit (Haben sie mit letzterem Recht? Falls ja, wäre das dauerhafte Absprechen dieser Wahrnehmung für sie potenziell kumulativ traumatisierend), Entmündigung, Erniedrigung, Unmenschlichkeit, Übergriff, Ohnmacht, etc. .(vgl. auch Anhang 4 der Studie, dort Zitat-Aufstellung 3). Das bezeugt, in Zusammenschau mit all den anderen hiermit konsistenten Studien-Ergebnissen, einen enormen Leidensdruck bei diesen Menschen.

- Die Korrelation zwischen dem Grad des Stresses beim Tragen des MNS und dem allgemeinen Stresserleben bzgl. der Corona-Krise allgemein beträgt für die interessierende Population p=0,27 (0,21; 0,33), *der größte Anteil des Stresses bzgl. des MNS kann mit diesem anderen Stressgrad somit nicht einfach hauptsächlich erklärt werden.*
Das Stresserleben mit dem MNS ist in dieser Population extrem hoch, höher als das Stresserleben durch die „Corona-Krise“ allgemein.

Vgl. Kapitel „Ergebnisse“ der Studie.

Das fachliche Fazit von mir als Studienautorin:
Während der MNS für einzelne dieser deutlich belasteten Population „ein Schutz“ ist, der mit Selbstwirksamkeitserleben einhergeht, leidet die überwiegende Mehrheit von ihnen unter den aktuellen Verordnungen hingegen erregt an der als verloren wahrgenommenen Selbstwirksamkeit, bei authentischem Unverhältnismäßigkeits- und Übergrifferleben. Und dies eben oft auf allen oben dargestellten Ebenen (Psyche, Psychosoziales, Psychosomatik/Psychovegetatives). Damit befindet sich ein großer Teil der Belasteten mindestens auf dem Grenzbereich zur Traumatisierung, der sich genau durch diese Merkmale auszeichnet (vgl. z. B. Levine, 2016).
Im Sinne der psychologischen Gesundheitsfürsorge für diese Menschen ist dringendst unsere Realität zu prüfen: Ist ihr Unverhältnismäßigkeitserleben wirklich „komplett falsch“?
Aus psychologischer Sicht erscheint Freiwilligkeit statt MNS-Verordnung wohl die einzige längerfristige Lösung zu sein, beide „Erlebniswelten“ von Menschen ausreichend zu achten und zwischen all den aktuell relevanten Gesundheitsaspekten

2.4 Der renommierte Psychoanalytiker Prof. Maaz bestätigt: Diese Studienergebnisse belegen genau das, was seine Erfahrung in der Praxis ist und die seiner KollegInnen, und er führt weitere eigene Kritiken zu den Maskenverordnungen aus.

(vgl. Anhörung der Antragstellerin und des ihr bis dahin unbekannten Prof. Maaz vor dem Außerparlamentarischen Corona-Untersuchungsausschuss: (7. Sitzung des ACU): https://corona-ausschuss.de/sitzung7/)

2.5 Über die Studie hinausreichende, zentral relevante Psycho- und Sozialdynamiken, die man als erfahrene Psychologin kritisch nennen kann, sind diese:

- Exzessives Maskentragen im öffentlichen Raum über das ggf. absolut notwendige und damit verhältnismäßige Maß hinaus **suggeriert eine permanente Bedrohung** („Es gibt eine ständige, riesige Bedrohungslage, überall", „du bist gefährlich", „ich bin gefährlich").
  (Dies geschieht über den Mechanismus der „projektiven Identifikation": Ich projiziere eine (überwertige) Gefahr in den anderen und ggf. sogar die ganze Umwelt hinein und durch mein Verhalten während dieser Projektion, z. B. eben Abstand plus Maske ohne Lächeln etc., kommt diese „Botschaft" auch beim anderen an, der sich damit – der eine schneller, der andere später, aber mit zunehmendem Zeitverlauf immer wahrscheinlicher – identifiziert, und sich selbst als „wandelnde Gefahrenquelle" erlebt und wiederum auch danach handelt. Bei der derzeitigen „Propaganda" wird das öffentliche Leben so zu einem riesigen Schauspiel, in dem dies alle allen ständig mit - tiefer Wirkung auf das Selbst-, Fremd-, Welt- und Menschenbild – suggerieren, in einer mindestens z. T. klar völlig unverhältnismäßigen Weise.)

- Wenn durch datenbezogene / informatorische Verzerrung (vgl. die Darlegungen zur aktuellen Corona-Datenlage), Einseitigkeit und Propaganda (Ausschluss wirklich kritischer Wissenschaftlicher, annäherndes Studien-„Gap" bzgl. negativer Auswirkungen und potenziellen Schäden von Masken, was eine Nutzen-Schaden-Relations-Prüfung bislang unmöglich machte) **Desorientierung**, statt ausgewogene Informationspolitik herrscht, erfüllt das die Kriterien für **„Irreführung" bzw. „Gaslighting":** Die eigene Wahrnehmung (des aufmerksam-kritischen Bürgers) wird wieder und wieder zutiefst in Frage gestellt, das eigene Denken abgesprochen, einem wird, unberechtigterweise, suggeriert: Deine Wahrnehmung ist falsch. (Das kann das Vertrauen in die eigene Wahrnehmung erschüttern, ebenso das Vertrauen in behördliche, politische und ggf. justizielle Strukturen, und es kann durch die wiederkehrend erlebte Hilflosigkeit angesichts erlebter „Willkür" ganz klar **traumatisieren**.)

- „Von oben" unverhältnismäßig erlebter **Zwang und „Gewalt**" wird rasch **an Mitmenschen weitergegeben**: Im Sinne der „Identifikation mit dem Aggressor" kommt es zu – nicht selten aggressiven, bekanntlich z. T. auch schon gewalttätigen – Zurechtweisungen, Beschimpfungen, Beleidigungen, unter Mitmenschen und seitens der Medien und im Fall Esken auch von Politikern, und Ausgrenzungen /Diskriminierungen. Das bewirkt gesellschaftliche Spaltung und Spannung, die, gerade auf Dauer, gefährlich ist.

- Eine **unverhältnismäßige Aufrechterhaltung von Angst** und Schrecken, um ein bestimmtes Ziel zu erreichen, **würde die Definition von Psychoterror erfüllen**, insbesondere, wenn es mit „Gaslighting" einhergeht. Lt. RKI sollen die Masken bekanntlich genau dies tun: Die Gefahr stets im Bewusstsein zu halten. Bei den derartigen (von den angegebenen Unzulänglichkeiten grob „bereinigten") Fallzahlen sowie der Gesamtlage ist die derart breit angelegte und immer breiter werdende MNS-Pflicht, die noch dazu sogar Kinder betrifft, ist dies psychologisch-ethisch hochgradigst fragwürdig.

- **Schuldgefühle**, die durch „Moralkeulen" aktuell durch die Gesellschaft schlagen, würden durch ein unbeirrbares, faktenblindes „Masken-Dogma" weiterhin Jung und Alt eingeflößt: Wer keine Maske tragen mag, egal vor welchen Hintergründen, wird bereits jetzt mit Attributen, impliziten oder explizit, versehen, die bis hin zu „Mörder" reichen. Ein deutliches Räuspern in der U-Bahn weckt schon ein schlechtes Gewissen. Was soll das bloß erst im Herbst werden?

2.6 Auch belegt die Studie der Universitätsklinik Leipzig eine Beeinträchtigung der *kardiologischen* Leistungsfähigkeit beim Tragen von Masken. (Wenn die körperliche Belastbarkeit herabgesetzt ist, sogar unter Beteiligung des zentralen Organs „Herz" (!), verweist das direkt auf durch Masken veränderte zentrale physiologische Prozesse – was sehr weit entfernt von einer „Kleinigkeit" ist. Masken sind demnach eine massive Intervention. (-Uniklinik Leipzig: https://www.uniklinikum-leipzig.de/presse/Seiten/Pressemitteilung_7089.aspx)

3. Gegenüber dieser massiven Beeinträchtigungs- und Schadenseite ist der *Nutzen (und damit die Geeignetheit)* von Alltagsmasken zu Verhütung einer Ansteckung mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 als *wenig belegt* anzusehen bzw. als mit in ihrer Validität stark

kritisierbaren Studien angeblich belegt zu betrachten bzw. als höchstens geringfügig einzustufen:

- Das Bundesamt für Arzneimittelsicherheit und Medizinprodukte schreibt über „Mund-Nasen-Bedeckung": „Schutzwirkung: i. d. R. nicht nachgewiesen; durch das Tragen können Geschwindigkeit des Atemstroms oder Schleim-/Tröpfchenauswurfs reduziert werden."

(vgl. Bundesamt für Arzneimittel und Medizinprodukte: https://www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Medizinprodukte/DE/schutzmasken.html)

- Das RKI (Stand 21.08.2020) verweist auf dieses o. g. Bundesamt-Statment bzgl. der Wirkung der Masken (!). Und es schreibt: „Eine teilweise Reduktion der unbemerkten Übertragung von infektiösen Tröpfchen durch das Tragen von MNB könnte [! Konjunktiv!] auf Populationsebene zu einer weiteren Verlangsamung beitragen." Und: „Es ist jedoch davon auszugehen, dass die Fremdschutzwirkung der MNB durch Ausatmeventile reduziert wird. MNB mit Ausatmeventil sind daher für die hier angestrebte Bestimmung grundsätzlich weniger geeignet." *Anmerkung: Die allermeisten selbst gefertigten Masken sowie Einmal-/OP-Masken haben bekanntlich sogar nicht nur EIN Ausatmeventil, sondern sogar MEHRERE Luftstrom-Ein-/Ausgänge!* (vgl. „Was ist beim Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung in der Öffentlichkeit zu beachten?" vom RKI unter: https://www.rki.de/SharedDocs/EAQ_Mund_Nasen_Schutz.html)

- Die ganz aktuelle Studie aus der Schweiz zeigt: Maskenpflicht hat kaum Einfluss auf die Corona-Fallzahlen. (https://www.nau.ch/news/schweiz/bund-maskenpflicht-und-einreise-quarantane-haben-geringen-effekt-65755862)

- Auch im renommierten Ärzteblatt findet sich die Aussage: „Covid-19-Patienten husten Viren durch chirurgische Masken und Baumwollmasken hindurch" schon in der Überschrift:

(vgl. Ärzteblatt vom 07.04.2020: „Covid-19-Patienten husten Viren durch chirurgische Masken und Baumwollmasken hindurch: https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/111799/COVID-19-Patienten-husten-Viren-durch-chirurgische-Masken-und-Baumwollmasken-hindurch)

- Die bekannte WHO-finanzierte Studie, die zur Begründung der Verordnungen mal angeführt wurde, schließt viel ansteckendere Erreger mit ein, was die Ergebnisse verzerrt, und weist für einfache „Alltagsmasken" trotzdem keine sehr hohen Effekte auf. Außerdem sind Studienergebnisse stets zeit- und ortsgebunden, können nicht beliebig auf andere Zeiten und vor allem nicht auf ganz anderen Orte mit vielen dort herrschenden anderen Bedingungen übertragen werden (von Asien, Afrika auf Deutschland z. B. nicht).

(WHO-finanzierte Meta-Analyse mit systematischem Review, Chu et. al, 2020, mit dem Namen: „Physical distancing, face masks and eye protection to prevent person-to-person-transmission of SARS-COV-2 and Covid-19: a systematic review and meta-analysis". *Im Internet unter Eingabe von Stichworten aus dem Titel leicht zu finden.*)

- An der für die Begründung der MNS-Verordnungen auch gerne herangezogenen "Jena-Studie" ist zu kritisieren, dass sie sogenannte potenzielle "Störvariablen", also Variablen, die das Ergebnis ebenso bewirkt oder deutlich mit bewirkt haben könnte, wohl gar nicht mit

prüfte und diskutierte (z. B. klimatische Verhältnisse, dort zugleich erlassene strenge Quarantäne-Vorschriften) und statt dessen beliebig einen potenziellen Faktor herausgreift und als wahrhaftigen Faktor benennt. Zudem ging das Wachstum der Fallzahlen schon VOR Wirksamkeit der Maskenpflicht zurück. *Selbst wenn man dem Argument der Studienleiter folgen mag, dass dies an einigen vor Einführung der Pflicht bereits Maske getragenen Bürgern gelegen haben soll, würde es nur eins belegen: Dass Freiwilligkeit einiger ausreicht, um die Fallzahlen deutlich positiv zu beeinflussen!*

(Studie der Universität Mainz von Anfang Juni 2020: https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/113598/COVID-19-Jena-hat-durch-fruehe-Maskenpflicht-viele-Infektionen-vermieden)

4. Abgesehen von konkreten Studien ist der *höchstens nur unwesentliche statt deutliche Nutzen* einer Maskenpflicht, insbesondere in Geschäften und Supermärkten, auch durch *anderweitige Evidensbasiertheit* bestätigt:

Dass ohne eine MNS-Pflicht in öffentlichen Bereichen, sogar in Supermärkten, die Fallzahlen deutlich bis unkontrollierbar steigen würden, ist nichts weiter als eine vage, ungetestete bzw. (mindestens für den Bereich „Supermarkt“) schon falsifizierte Hypothese (!):

a) Die Fallzahlen gingen bekanntlich bereits VOR der Wirkung eines Lockdowns zurück, bereits um den 22.03.20 lag R knapp unter 1 zumeist, das korreliert also stark mit der saisonalen Abnahme der Atemwegserkrankungen überhaupt zu dieser Zeit, was eine überaus plausible Alternativerklärung für diese Fallzahlen-Entwicklung ist (vgl. RKI-Bericht „Schätzung der aktuellen Entwicklung der SARS-CoV-2-Epidemie in Deutschland – Nowcasting vom 09.04. bzw. aktualisiert am 05.04. : https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2020/17/Art_02.html
in Verbindung mit den RKI-Influenza-Berichten in dieser Zeit, die auch auf der RKI-Website zur Verfügung stehen.)

b) Trotz „Hamsterkäufen“ ohne Masken und ohne regulären Mindestabstand zunächst gab es diese so gute Fallzahlen-Entwicklung, *vor* Wirkung des Lockdowns und danach.

c) Ob und wie stark eine „zweite Welle“ überhaupt existent ist, kann man durch ein unumstößliches Dogma langer, exzessiver Maßnahmen gar nicht wissen: Bei der Schweinegrippe wurde bekanntlich auch eine „zweite Welle“ propagiert und Millionen von Impfstoffdosen dann vernichtet – nur durch das teilweise Absehen von solch massiven Maßnahmen (und durch die sehr niedrigen, freiwilligen Impfquoten damals) konnten wir alle spät merken: Ups, es gibt ja gar keine regelrechte „zweite Welle“(vgl. Aufarbeitung davon in einer

Arbeit, die auf der Seite des Bremer Gesundheitsamtes als PDF zu finden ist: (https://www.gesundheitsamt.bremen.de: PDF mit Namen: „Schwein gehabt?“)

d) Die Tatsache, dass die RKI-App der Kontaktrückverfolgung bekanntlich nur Kontakte ab 15 Minuten Dauer unterhalb von 2m als potenziell gefährdend einstuft / nur diese aufzeichnet, führt eine allgemeine Maskenpflicht zumindest an Orten wie Supermärkten ab absurdum.

e) Da Politiker bekanntlich wiederholen, der deutlich überwiegende Teil der Bevölkerung nutze die Masken freiwillig und befürworte dies (was sich mit der COSMO-Studie deckt), würde eine *Freiwilligkeit* des Maskentragens, zu allermindest für Orte wie Supermärkte, zweifelsfrei völlig ausreichen, um einen starken oder gar unkontrollierbaren Anstieg von Fallzahlen zu vermeiden. (vgl. COSMO-Studie: https://projekte.uni-erfurt.de/cosmo2020-analysis.html).

5. Vor wohl all diesen und anderen ähnlichen Hintergründen haben die *Niederlande* bewusst KEINE „Maskenpflicht“ landesweit eingeführt, sondern nur in den Großstädten Amsterdam und Rotterdam und im ÖPNV. „Aus medizinischer Sicht gibt es keinerlei Beweis für den medizinischen Nutzen, eine Gesichtsmaske zu tragen. Daher haben wir uns dafür entschieden, aus nationaler Ebene keine Maskenpflicht einzuführen“, wird die holländische Gesundheitsministerin van Ark von der Zeitung „Welt“ wiedergegeben am 03.08.2020.
(vgl. https://www.welt.de/politik/ausland/plus212766705/Corona-Pandemie-Keine-Maskenpflicht-Der-Sonderweg-der-Niederlande.html).

6. Notwendigkeit einer „Maskenpflicht“:
Ein (im o. g. Sinne sehr, sehr eingeschränkter und für selbstgemachte Masken und dergl. offiziell sehr fraglicher) Nutzen sagt zudem noch rein gar nichts aus über die etwaige *Notwendigkeit.* (Verdeutlichung mittels Analogie: Es mag z. B. noch so viele Studien über den Nutzen von Sonnenmilch geben: In einem monatelang wolkenverhangenen Sommer benötigen Schwarzafrikaner einfach keine Sonnenmilch.)

Die Notwendigkeit kann angesichts der (von uns im Sinne einer Fehlerbereinigung relativierten) aktuellen Fallzahlen, der extrem niedrigen Positivenrate der Tests, ferner noch dazu der Jahreszeit und bekanntlich auch angesichts der geringen Covid-19-bezogenen Auslastungsgrades des Gesundheitssystems (vgl. RKI-Situationsberichte; vgl. DIVI-Register)

beim besten Willen nicht gesehen werden. **(Siehe bitte unbedingt meine Ausführungen zur aktuellen Infektionslage und der Einschätzung der Bedrohung / des Risikos in Anlagen 1 und 2.** vgl. in diesem Zusammenhang auch den Artikel: „Warum die Pandemie nicht endet“: https://multipolar-magazin.de/artikel/warum-die-pandemie-nicht-endet). **Anhand eines RKI-Situationsberichtes von Anfang August ist in der Anlage gut „der Anfang“ der zu etwa diesem Zeitpunkt wieder relevant gewordenen „verzerrten“ Datenkommunikation für die Öffentlichkeit dargestellt. *Das dargestellte Grundprinzip der „Verzerrung“ ist auf jeden aktuelleren RKI-Situationsbericht insofern übertragbar, als dass sich diese Fehler zeitlich „weiterschleppen“, bisher immer wiederholt werden und so kumulieren.***

Dies vor allem besteht eine eindeutig dringende oder gar zwingende Notwendigkeit derzeit auch angesichts der Tatsache nicht, dass „ein allgemeines Lebensrisiko von jedem zu akzeptieren“ ist, laut Deutschem Ethikrat (vgl. Ad-hoc-Stellungnahme des Rats vom 27.03.2020: „Solidarität und Verantwortung in der Corona-Krise“; abrufbar ganz unten auf: https://www.ethikrat.org/mitteilungen/2020/solidaritaet-und-verantwortung-in-der-corona-krise/).

6.2 Für den ÖPNV soll das geringe Infektionsrisiko ohne Masken hier einmal rechnerisch-anschaulich veranschaulicht werden:
Lt. Lgl.bayern.de mit Stand 13.08. in Schwaben 5 positiv Getestete in 7 Tagen von 100.000 Einwohnern, in 4 weiteren Regierungsbezirken noch darunter liegend. → 5 von 100.000 ist gekürzt = 1 von 20.000 positiv Getestete. Bei angenommener Dunkelziffer von x5 (bei so niedrigen Positiven ist sie wohl eher geringer als bei im März mit angenommener Dunkelziffer von x10 viel mehr Positiven; aufgrund der enormen Testanstiege durch entsprechende „Werbung“ kann sie auch nur abgenommen haben; bereits durchgemachte Infektionen in der Bevölkerung führen ebenfalls zur Abnahme) sind es also 5 von 20.000 Positiven, also 1 von 4.000. Bei freiwilligem MNS-Tragen von ca. 80% in der Bevölkerung (vgl. o. g. COSMO-Studie) wäre es aber nur noch 20% der 1 von 4.000 Positiven, die wegen des Maskenverzichts ein potenzielles Infektionsrisiko für andere darstellen würden, würde man von einem nennenswerten Nutzen der Masken ausgehen (Annahme zugunsten des Verordnungsgebers) – d. h. dies wären nur 0,2 positive Menschen von 4.000 Menschen oder eben 1 positiver Menschen von 20.000 (!).
Diese Größenordnung kann für eine Ansteckung im ÖPNV beim besten Willen nicht als relevant bzgl. einer Destabilisierung unseres Gesundheitssystems angesehen werden (die es bekanntlich ohnehin nie gab unter Corona), zumal die Expositionsdauer oft unterhalb von der für die RKI-App bedeutsamen 15 Min. liegt und zudem Aerosole verstärkt nur beim Singen, lauten Sprechen und Schreien auftreten (vgl. Covid-19-Steckbrief des RKI, unter diesem Stichwort abrufbar unter www.rki.de), was für die ÖPNV-Situation ebenfalls nicht bzw. kaum

relevant ist bzw. sich bei Bedarf regeln ließe durch entsprechende Beförderungsbedingung, was wesentlich humaner wäre als die hier angefochtene, massive Intervention.

7 Mildere Mittel

Freiwilligkeit ist ein milderes Mittel, das *allen* Bürgern zumindest eine Teilbefriedigung ihrer Grundbedürfnisse und Grundrechtsgarantien zusichert und das ausreichen würde, um jetzt und in der nahen sowie wohl auch der mittelfristigen Zukunft sicherstellt, dass das Gesundheitssystem nicht überlastet wird (vgl. Hinweis auf hohe Zahlen zur Freiwilligkeit in der o. g. COSMO-Studie) und ein zusätzlich zu den Abstands- und Hygieneregeln wesentlicher, aber eben nicht absolutistischer Beitrag zur Sicherung des Rechts auf Leben geleistet wird.

Da den Masken bekanntlich ein gewisser Eigenschutz zugesprochen wird, haben Risikopatienten trotzdem die Möglichkeit dieses gewissen zusätzlichen Schutzes, der zudem psychologisch beruhigend und in diesem Sinne immunologisch positiv auf sie wirken kann.

Es würde bei dieser Regelung aber berücksichtigt werden, dass eben bei Weitem nicht alle Menschen, berechtigterweise / realistischerweise, den MNS als „Schutz“ und damit als Selbstwirksamkeit erleben, sondern im Gegenteil, er bei ihnen deutliche und angesichts der Regelmäßigkeit schädliche Stresshormone mit ernsten Folgen ausschütten lässt.

Auch muss gesehen werden, dass, selbst wenn sehr viele infiziert wären, nicht jeder den anderen ansteckt, sogar innerhalb gemeinsamer Haushalte liegt die Rate deutlich unterhalb einer solchen Absolutheit (vgl. z. B. die berühmte Heinsberg-Studie).

Auch spricht viel für eine Hintergrundimmunität durch früher durchgemachte Infektionen mit ähnlichen Corona-Viren (vgl. z. B. Wiedergabe von Drosten auf https://www.zdf.de/nachrichten/panorama/coronavirus-drosten-hintergrundimmunitaet-100.html) und dafür, dass bereits deutlich mehr Menschen (unbemerkt) mit dem aktuellen Corona-Virus infiziert waren (vgl. Streeck-Studie, z. B. Zusammenfassung dieses Aspekts auf https://www.mdr.de/brisant/corona-mehr-infizierte-studie-100.thml), was die Ansteckungsquote noch mehr verringert.

Sie liegt zudem mit bekanntlich R = ca.2-3 ohne jedwede Interventionen (welche wir ja aber en masse haben) im Vergleich mit anderen, *klar gefährlichen*, Erregern relativ niedrig ! (vgl. z. B. Statista: https://de.statista.com/statistik/daten/studie/1102070/umfrage/ansteckungsgefahr-des-coronavirus-im-vergleich/).

Bestimmte Zeitfenster in Supermärkten für das Einkaufen ohne Maske wären ebenfalls ein milderes Mittel, ebenso zumindest im Fernverkehr ein gut belüfteter Wagon für Menschen, die keinen MNS tragen können oder wollen.

Man könnte zwar zu Bedenken geben, das gleiche der Apartheits-Idee, aber Fakt ist: Wir *haben* bereits eine Spaltung in der Gesellschaft, die ohne solche Spielräume nur auf Kosten der Minderheit geht. Es würde auf die positive, psychologisch geschickte Deklaration solcher Lösungen ankommen bei deren Umsetzung, dann hat sie sogar das Potenzial, die bisherigen Spaltungen wieder zu vereinen.

Man könnte ferner auch Wahlfreiheit stellen zwischen MNS und der breiten *prophylaktischen* Anwendung (z. B. Lutschen; gemeint ist *keine* fragwürdige/sehr umstrittene *therapeutische* Anwendung bei Corona) von prophylaktisch *nachweislich antiviral wirkenden natürlichen Substanzen* im öffentlichen Raum (z. B. ÖPNV, Schulen mit engeren Klassenzimmern). Ab Herbst, wenn die Grippen kommen, könnten günstig hergestellte Bonbons kostenlos an alle Menschen verteilt werden. (Zu Salbei vgl. z. B. Apotheke Adhoc: „Salbei – Heilung aus dem Mittelalter"; vgl. z. B. die durch die Universität Gießen nachgewiesene Wirksamkeit von Senföl gegen H1N1 (!!!): https://www.presseportal.de/pm/7139/3264808 ; es könnten viele weitere Substanzen und Quellen auf Bedarf nachgereicht werden).

Außerdem fehlt nahezu jegliche Immunsystem-Stärkungs-Propaganda; im Gegenteil hat der „Maskenstress" das Potenzial, wie in der Einleitung der Studie der Antragstellerin dargestellt, das Immunsystem negativ zu beeinflussen; auch wird durch dauerhafte Masken dem Immunsystem bekanntlich zunehmend sein Training/seine Erfahrung mit Viren, abtrainiert. Wie der o. g. Bericht zur Schweinegrippe vom Bremer Gesundheitsamt mit dem Namen „Schwein gehabt?" zeigt: Die Schweinegrippe verlief hierzulande deshalb so glimpflich, da es aufgrund früher durchgemachter ähnlicher Infektionen in der Bevölkerung eine breite Hintergrundimmunität dafür gab.

8. Bei überschlägiger Prüfung ist aus Sicht der Antragstellerin, nach anwaltlicher Beratung, wohl von Erfolgsaussichten des Hauptantrags im Popularklageverfahren hinsichtlich der in Rede stehenden Verordnungsbestimmungen auszugehen. Die verfahrensgegenständlichen Regelungen, insbesondere die Verpflichtung zum Tragen von Masken in öffentlichen Verkehrsmitteln (§ 8 6. BayIfSMV) sowie in Betrieben des Handels-/Dienstleistungsgewerbe sowie Märkten (§ 12 6. BayIfSMV) greift unzulässig in die Grundrechte der Antragstellerin und der sich mit den Verordnungen nennenswert belasteten fühlenden Menschen ein,

namentlich insbesondere in die Rechte aus Art. 101 BV sowie dem Recht auf körperliche Unversehrtheit (inklusive psychischer Unversehrtheit) und in die Würde des Menschen.

Der Verordnungsgeber hat die ihm zustehenden Spielräume mittlerweile unzulässig überschritten und seine verfassungsrechtliche Pflicht zur strengen Prüfung der Verhältnismäßigkeit bei Fortschreibung der – teilweise immer noch gravierenden – Grundrechtseingriffe verletzt. (vgl. in diesem Zusammenhang auch die Tatsache des Fehlens angeblich jedweder Behördenakten im Zuge der Erstellung und der fortlaufenden ernsthaften und genauen Evaluation der Verordnungen (https://www.ckb-anwaelte.de/corona-update-17-august-2020/).

Zwar ist anerkannt, dass der Normgeber bei Massenerscheinungen generalisierende, typisierende und pauschalierende Regelungen treffen darf, ohne wegen der damit unvermeidlich verbundenen Härten gegen den Gleichheitsgrundsatz zu verstoßen. Wie in früheren Entscheidungen betont, sind auch Unebenheiten, Friktionen und Mängel sowie gewisse Benachteiligungen in besonders gelagerten Einzelfällen hinzunehmen. Erforderlich ist jedoch, dass sich das insgesamt gefundene Regelungsergebnis ein plausibler, sachlich vertretbarer Grund anführen lässt. Diese Grenzen hat der Gesetzgeber mit der verfahrensgegenständlichen Vorschrift zum Tragen von Masken im öffentlichen Personennah- und -fernverkehr sowie vor allem in Betrieben des Handels- /Dienstleistungsgewerbe sowie Märkten (insbesondere Lebensmittelmärkten) überschritten.

Wie oben ausgeführt, hat die Studie der Antragstellerin gezeigt, dass bereits jetzt in psychischer und psychosozialer Hinsicht schwere Folgen bei etwa 60% der Betroffenen aufgetreten sind. Es findet eine soziale Isolation statt. Dies geht sogar so weit, dass auch teils notwendige Arzttermine nicht mehr wahrgenommen werden.
Des Weiteren hat die Studie auch gezeigt, dass bereits bestehende gesundheitlicher Probleme (wie etwa posttraumatische Belastungsstörungen, Herpes, Migräne) verstärkt werden.

Zum eben genannten Punkt der sozialen Isolation ist hier dringend hervorzuheben, dass diese ein sehr gut belegter Faktor für Depressivität und Suizidalität ist (vgl. z. B. „Preventing suicide in the context oft he COVID-19 pandemic: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/wps.20767 ; vgl. auch „Coronavirus triggers mental health crisis in India“: https://www.dw.com/en/coronavirus-triggers-mental-health-crisis-in-india/a-54011738).

Der Verordnungsgeber hat bis heute keine hinreichenden Untersuchungen in Auftrag gegeben, die belegen, dass die Maskenpflicht zu einer Reduzierung des Infektionsrisikos führt.

Wie an dem oben genannten Beispiel ersichtlich, haben andere Länder bewusst vor dem Hintergrund der mangelnden Effektivität einer Maskenpflicht zur Reduzierung des Infektionsgeschehens sowie aufgrund der mit der Maskenpflicht einhergehenden gesundheitlichen Risiken auf deren Einführung verzichtet.
Die Grundversorgung mit Lebensmitteln, Arztbesuchen und ähnlichem sowie ferner die basale Teilhabe am gesellschaftlichen Leben *muss* – zur Wahrung der Menschenwürde – für *alle* Menschen sichergestellt sein, auch für die Millionen von deutlich „MNS-Belasteten“, ohne dass sie dabei an schwere Folgen leiden müssen (vgl. auch der Gleichbehandlungs-Grundsatz). Demnach ist die Maskenpflicht in Geschäften und im ÖPNV (nicht alle Menschen haben einen Führerschein und können auf den PKW ausweichen, z. B. auch nicht die Antragstellerin) aufzuheben.

Dies, zumal es, wie dargestellt, mildere Mittel gibt, der Nutzen der „Alltagsmasken“ (auch Geeignetheit) insgesamt weniger gut belegt ist als der Schaden und die Notwendigkeit zweifelsfrei keinesfalls zwingend und auch keinesfalls dringend gegeben ist.

Außerdem hat der Verordnungsgeber es bislang – entgegen der WHO-Empfehlung vom 05.06.2020 – versäumt, auch *die Schadensseite* der MNS-Verordnungen auch nur ansatzweise in der Art zu eruieren, wie es die Antragstellerin in ihrer vorgelegten Studie tat. Damit verletzte er bereits den Schutzauftrag von staatlicher Gesundheitsfürsorge (die sich nicht auf Covid-19 allein einengen lässt), so gut wie möglicher Grundrechtswahrung und Verhältnismäßigkeit, verunmöglichte eine differenzierte Verhältnismäßigkeitsprüfung im Sinne einer ernsthaften Nutzen-Schaden-Relation sogar. Dadurch ist bereits, wie mit der Studie belegt, Schaden entstanden, der bislang dem Verordnungsgeber wohl gar nicht bewusst war / ist, also auch eine bislang so nicht bewusste Verletzung des Grundrechts auf physische (inklusive psychischer) Unversehrtheit.

Wenn die psychische, psychosoziale, sozialdynamische und körperliche Schadenseite der MNS-Verordnung nicht derart fokussiert wird, wie hier geschehen, und die hier bereits vorliegenden Schadens-Ergebnisse weiter ignoriert werden, ohne sofort Konsequenzen daraus zu ziehen, muss man feststellen: *Das wäre dann ein „Menschheitsexperiment“ mit unabsehbaren weitern Folgen und mit der Menschenwürde keinesfalls vertretbar. Ganz, ganz besonders für Kinder, die sich noch in der Entwicklung befinden.*
Auch dies ist im Interesse der Allgemeinheit zur Abwehr schwerer Nachteile nicht hinnehmbar. (Die „Allgemeinheit“ der MNS-Belasteten erscheint nicht geringer als die „Allgemeinheit“ der Covid-19-Risikogruppen.)

Über einem derzeit **abstrakt verabsolutierten** Recht auf Leben steht aus Sicht der Antragstellerin die unantastbare Würde des Menschen und in diesem Sinne **die Sicherung der Menschlichkeit**, zu deren Zweck das Grundgesetz ja geschaffen wurde. **Diese Menschlichkeit selbst ist gerade** (im persönlichen, aber vor allem im breitem Bezug ersichtlich werdend) **verletzt. Dies auch durch eine derart langfristige und multiple Grundrechtsverletzung an sich, die von den Vätern des Grundgesetzes und der Bayerischen Verfassung so mit Sicherheit nie vorgesehen war. Denn: Ohne unrelativierbare Garantie dieser Menschlichkeit ist Frieden und Gerechtigkeit in Gefahr** (vgl. auch Artikel 1.2 GG).

Diese Gefahr ist in ihrem Ausmaß weniger hypothetisch als die Virusgefahr hierzulande, die zudem nur wenige stark betrifft (nämlich die „Risikogruppe").

Verabsolutieren wir das Recht auf Leben derart abstrakt, würde sich die unmenschliche, mit der Menschenwürde nicht zu vereinbarende ethische Bürde für den Menschen ergeben: Niemals mehr irgend jemand überhaupt anzustecken, wenn man nicht als „Mörder" gelten mag.

Niemand sollte deshalb das freie Atmen verboten werden – das ist nicht nur ein Grundbedürfnis, sondern sogar der zentrale physiologische und physio-psychologische Lebensvorgang schlechthin ist (physio-psychologisch meint: Auswirkungen körperlicher Befinden unmittelbar auf die Psyche). **Atmen gehört somit wohl zu unserer körperlichen und psychischen Integrität wie Intimsphäre und Sexualität und bedarf aus psychologischer Sicht eines ebensolchen Schutzes / einer ebensolchen Bewusstheit für die potenzielle Massivität eines Eingriffes.**

Auch ist die hier zitierte Aussage des Deutschen Ethikrates in diesem Zusammenhang höchst relevant: Ein allgemeines Lebensrisiko ist von jedermann zu akzeptieren. *Es gilt dringend zu reflektieren: Befinden wir uns, in der Gesamtschau des hier Dargestellten, noch diesseits oder schon jenseits dieses Satzes, dieser Akzeptanz?*

Weitere Ausholung darüber hinaus: Ich bitte das Gericht, nach dem Amtsermittlungsgrundsatz nun *selbst* eine Abwägung der hier angefochtenen MNS-Verordnungs-Punkte vorzunehmen und diese nicht, direkt oder durch ggf. bloßen Rekurs auf das RKI, diesem (nahezu) vollständig zu überlassen.

Es würde sonst ignoriert werden, dass das RIKI kein unabhängiges Institut ist, *das somit nicht geeignet ist heranzuziehen, wenn ja genau die Regierungsentscheidungen auf Bundes-, und damit so eng zusammenhängend wie hier, auf Landesebene in Frage stehen.* Es würde sonst auch den Anschein erwecken, als würde man davon ausgehen, das RKI sei „unfehlbar" – was aber bereits widerlegt ist: Es unterschätzte die Corona-Situation zunächst

bekanntlich im Februar, schätzte bekanntlich auch die Schweinegrippe lange falsch ein und es sind wirklich, wie hier dargestellt, sehr ernstzunehmende statistische Unzulänglichkeiten seinerseits festzustellen.
Ich bitte ebenso, zu berücksichtigen, dass die von der Exekutive erlassene weitreichende Verordnung prinzipiell schwächer legitimiert ist als eine von der Legislative entschiedene Verordnung / ein Gesetz.

Der Begriff RKI-Begriff „**dynamische Situation**", mit der bestimmte Maßnahmen in der Vergangenheit immer wieder gerechtfertigt wurden, verweist zudem ganz klar *nicht* auf einen bereits jetzt vorliegenden und sich bereits jetzt verstärkenden Schaden, nicht mal auf einen wahrscheinlich eintretenden Schaden in der nahen oder fernen Zukunft bei Ersetzung der MNS-Pflicht durch Freiwilligkeit, sondern nur auf ein vage gehaltenes, nicht greifbares Abstraktum, das **keinerlei Arbeitsgrundlage ermöglicht**, sondern sie sogar verunmöglicht als „Totschlags-Argument".

Gerade im Hinblick auf die sich verschärfenden sozialen Spannungen, den Schaden und die Zukunfts-Antizipation *muss*, auch für die Sicherung des Friedens in diesem Bundesland und Land, diese *letzte Gelegenheit vor dem Herbst genutzt werden*, um das die **Grundrechte unverhältnismäßig verletzende MNS-Dogma wieder in einen liberaleren Spielraum umzuwandeln.**

Es besteht über das hier Dargestellte hinaus noch eine vielfältige und starke persönliche Betroffenheit der Mandantin, auch speziell angesichts ihrer besonderen Rolle als Leiterin dieser hier einzigartigen (i. S. v. einzigen derartigen) Studie, die bei Bedarf dem Gericht auch noch rasch zugesandt werden könnte.

Ich möchte enden mit der bekannten Definition von „Gesundheit" durch die WHO: „Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.

Hochachtungsvoll

XXXXXXXXXX 25.08.2020 Daniela Prousa D. Prousa